Ueber

Blasenscheiden- und Mastdarmscheiden-Fisteln.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Jul. Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Albert Schulte aus **Aplerbeck.**

Halberstadt.
Druck von H. Meyer's Buchdruckerei.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41507206_0067

Ueber
Blasenscheiden- und Mastdarmscheiden-Fisteln.

Inaugural-Dissertation

verfasst und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Jul. Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

Albert Schulte aus **Aplerbeck.**

Halberstadt.
Druck von H. Meyer's Buchdruckerei.

Gedruckt

mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät zu Würzburg.

Referent: Herr Prof. Dr. Hofmeier.

Meinen lieben Eltern

in steter Dankbarkeit gewidmet.

Noch in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts wurden die Blasen- und Mastdarmscheiden-Fisteln für eines der am schwierigsten zu beseitigenden Leiden gehalten. Einerseits war die Aetzung der Fisteln damals nur wenig von Erfolg gekrönt, anderseits gelang die Anfrischung und Naht selbst den geübtesten Händen nicht.

So hat Wutzer, der sich mit unsäglicher Mühe und Ausdauer dieser Operation widmete, von 35 Operationen nur 11 zur Heilung gebracht.

Dieffenbach ruft aus: „Ich habe ganze Säle voll dieser Unglücklichen aus allen Gegenden zusammengebracht und dem Gegenstande ganz gelebt und dennoch nur eine geringe Heilung zu Stande gebracht.“ Das traurige Dasein derartig Leidender schildernd, fährt er fort: „dass es für das Weib das grösste Unglück ist und besonders deshalb, weil es verdammt ist, damit zu leben und nicht einmal Aussicht hat, daran zu sterben, sondern alle damit verbundenen Qualen solange zu ertragen, bis es einer anderen Krankheit oder dem Alter unterliegt. Alle Familienbande zerreisst dieses scheussliche Uebel, der Mann wird mit Widerwillen gegen sein eigenes Weib erfüllt, die zärtliche Mutter dadurch aus dem Kreise ihrer Kinder verbannt; das Uebel zu heilen ist also der Preis. Mit Trauer blicken wir auf die Unvollkommenheit unserer Kunst und klagen bald diese, bald die sonst so hilfreiche Natur an, welche uns hier so wenig unterstützt. Seit Jahrhunderten sucht man neue sichere Methoden, da die alten nichts fruchteten, und beschämt müssen wir gestehen, dass wir hier nur geringe Fortschritte gemacht haben.“

Und doch lagen diese schlechten Erfolge nur in der Hand der Chirurgen selbst; sie schrieben die schlechten Resultate ganz falschen Ursachen zu. So beschuldigte man den schwachen plastischen Prozess in den betreffenden Weichteilen, die Benetzung der Wunde mit Urin und geringe Kapazität und Ausdehnbarkeit der Blase; jedoch an der ungenügenden Freilegung und ungenügenden Anfrischung der Fistel scheiterte die Operation. Man fürchtete zu viel abzutragen, um nicht im Falle

eines Misserfolges die Fistel zu vergrössern, und sah nicht ein, dass die Fistel deshalb nicht heilte, weil man zu wenig abtrug.

So sagte Dieffenbach: „Ich sah Oeffnungen von der Grösse einer kleinen Erbse nach Schneiden, Nähen, Brennen den Umfang einer grossen Erbse erreichen, aus einem groschengrossen Loch ein zweigroschengrosses, aus einem viergroschengrossen ein achtgroschengrosses werden", dann hörte ich auf.

Jobert de Lamballe machte einen grossen Fortschritt in der Behandlung der Fisteln durch die „Méthode autoplastique par glissement". Er verbesserte die Freilegung der Fisteln, indem er den Uterus mittels Musseuxscher Hakenzangen möglichst tief herabzog und die Fistel mit dem Katheter vordrängte; dann wurden die Fistelränder durch die ganze Dicke der Blasenscheidenwand angefrischt und genäht.

Jobert sah in dem starken Substanzverlust und der grossen Narbenschrumpfung der Blasenscheidenwand, die eine Annäherung der Wundränder nur unter starker Zerrung gestattete, das Haupthindernis der schlechten Heilung. Daher legte er bei seiner Methode das Hauptgewicht auf gewisse Entspannungsschnitte, die er entweder der Länge nach oder in querer Richtung parallel mit den Fistelrändern anlegte, durch die Vagina. Zuweilen löste er auch das Vaginalgewölbe und damit die Blase von der vorderen Seite des collum uteri los oder durchtrennte die vordere Muttermundslippe in querer Richtung. Die mit dieser Methode erzielten Resultate übertrafen bei weitem alle früheren und machten grosses Aufsehen. Der grosse Fortschritt lag aber nicht, wie der Erfinder meinte, in den Entspannungsschnitten, sondern in der besseren Freilegung und Anfrischung.

Dass die Behandlung der Fisteln heute endlich ihre Vollkommenheit erreicht hat, das ist das Verdienst der berühmten Gynäkologen Sims und Simon. Der wesentliche Fortschritt der Simsschen Methode lag in der ausgezeichneten Freilegung der Fisteln durch Seitenlage und Rinnenspekulum, in der sehr breiten Anfrischung und der exakten Naht durch Silberdraht.

Simon legte ebenfalls das Hauptgewicht auf eine gute Freilegung durch das Spekulum, sorgfältige Anfrischung und Naht, wozu er jedoch statt Silberdraht Seide benutzte.

Mir möge es nun gestattet sein, einige Fälle von Blasenscheiden-, Blasencervix- und Mastdarmscheiden-Fisteln, die mir durch die Güte meines hochverehrten Lehrers Herrn Prof. Dr. Hofmeier überlassen und in den Jahren 1889—1900 in der

hiesigen Klinik operiert sind, zu veröffentlichen. Es sind dieses 14 Fälle von Blasenscheiden-, 2 von Blasencervix- und 5 von Mastdarmscheiden-Fisteln. Es waren noch einige Patienten hier, die sich jedoch nur vorstellten, und als ihnen die Operation vorgeschlagen wurde, nicht wieder erschienen sind; diese Fälle habe ich nicht miterwähnt.

Ich will nun zuerst mit den Blasenscheiden-Fisteln beginnen und nachher einiges über die Aetiologie, Symptome, Therapie und Prognose anknüpfen.

I. Fall.

Frau **Therese M.**, 27 Jahre alt, Bad Kissingen.

Patientin hat Ende 1888 zum ersten Male geboren. Die Geburt verlief kolossal zögernd, bis schliesslich das Kind spontan geboren wurde; einige Tage nachher merkte Patientin, dass der Urin unwillkürlich entleert wurde, und zwar zuerst tropfenweise, dann im grossen Schuss.

Befund am 27. April 1889. Das Becken ist im queren Durchmesser verengt. Die Scheide ist durch unregelmässig verlaufende Narbenzüge sehr geschrumpft. Im vorderen Scheidengewölbe ist eine za. 1—2 Markstück grosse Kommunikation mit der Blase vorhanden; der obere Rand der Oeffnung reicht bis 1 cm unterhalb der vorderen Muttermundslippe. In der Fistel ragt ein grosser Wulst der Blasenschleimhaut frei in die Scheide hinein, auf dem beide Ureterenmündungen, aus denen sich von Zeit zu Zeit in feinem Strahl Urin entleert, liegen.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Zunächst wird die Scheide durch tägliche Tamponade mit Jodoformgaze und durch Inzisionen zu erweitern gesucht; dieses glückt auch, doch ist es unmöglich, die Fistelränder auch nur um das geringste tiefer zu ziehen, da die beiden Wundwinkel am Kreuzbein festsitzen und das hintere Scheidengewölbe durch eine feste Narbe mit dem Promontorium direkt verwachsen ist.

Operation am 23. Mai. Wegen des hohen unbeweglichen Sitzes der Fistel und des stark verengten Beckens ist die Operation ausserordentlich schwierig. Möglichste Freilegung der Fistel mit Simonsschem Spekulum und Fistelhaken. Zunächst wird die schwierigste Partie, der rechte Winkel, angefrischt und durch 3 Seidenknopfnähte einstweilen vereinigt.

Dann wird ein Fadenschwamm in die Fistel eingeführt, der die sich immer in die Fistel vordrängende Blasenschleimhaut mit den gerade über dem hinteren Fistelrand sichtbaren Ureterenwülsten zurückhält. An den 3 bereits geknoteten Fäden lassen sich dann die Ränder etwas vorziehen, so dass nun auch der übrige Teil angefrischt werden kann. Dann werden von dem linken Winkel aus nach der Mitte zu unter grossen Schwierigkeiten noch 12 Seidennähte angelegt. Diese Fäden werden nach vorheriger gründlicher Ausspülung von Blase und Scheide fest geknotet. Bei Injektion von Milch in die Blase fliesst dieselbe nicht in die Scheide ab. Patientin klagt am selben Tage über häufigen Harndrang; zuerst kann der Urin ohne Beschwerden willkürlich entleert werden, dann geht er aber, besonders bei starkem Husten, unwillkürlich ab.

Befund am 28. Mai. Die Wunde wird angesehen, einige Fäden werden entfernt. Es findet sich in der Mitte der sonst verheilten Fistel eine bohnengrosse nicht verheilte Stelle.

Befund am 11. Juli. Während der ganzen Zeit bestand vollkommene Inkontinenz. Die Scheide ist wieder sehr stark narbig verengt, sie wird durch Tamponade und Inzisionen während der nächsten Tage erweitert. Im rechten Wundwinkel eine za. bohnengrosse Fistel.

Operation am 18. Juli. Freilegung der Fistel, Anlegung frischer Wundränder und Vereinigung derselben durch 8 Seidennähte. Dann Prüfung der Kontinenz durch in die Blase injizierte Milch. Die Wunde ist volkommen dicht. Dagegen dringt die Milch reichlich von links hervor und es findet sich nun ganz in dem linken Wundwinkel noch eine kleine erbsengrosse Fistel, die dann auch angefrischt und vernäht wird. Die Kontinenz ist jetzt eine vollkommene.

Befund am 18. Juli. Nachdem Patientin den ganzen Tag trocken gelegen und alle 2 Stunden spontan uriniert hat, besteht am Abend wieder vollkommene Inkontinenz.

Befund am 22. Juli. Inkontinenz hat angehalten. Fäden werden entfernt. Patientin wird entlassen.

Befund am 27. Oktober 1892. Es finden sich 2 ungefähr stecknadelkopfgrosse $^1/_2$ cm von einander entfernte Fisteln. Während der ganzen Zeit hat Patientin den Urin aus der Scheide entleert.

Befund am 29. Oktober. Operation. Anfrischung der Fistelränder zu einer Wundfläche und Vernähung mit 12 dünnen Seidenfäden.

2. November. Vollständige Kontinenz; der Urin fliesst auf normalem Wege ab. Abends jedoch wieder Abgang aus der Scheide. (Nach Angabe der Wärterin soll Patientin ausser Bett gewesen sein.)

Operation am 29. November. Anfrischung der Fistel. Abpräparieren der Scheide von der Blase im Kreise herum in Breite von $^2/_5$—$^3/_6$ cm; isolierte Katgutnaht der Blasenwand und nachher Seidenknopfnähte zur Vereinigung der Scheidenwundränder. Einlegen eines elastischen Dauerkatheters.

Befund am 30. November. Wohlbefinden. Entfernung des Dauerkatheters.

Befund am 4. Dezember. Vollständige Kontinenz. Nähte werden entfernt.

10. Dezember. Patientin wird geheilt entlassen.

II. Fall.

Babette K., 38 Jahre alt, Burgbernheim.

Patientin hat zwei Mal geboren. Die erste Geburt verlief spontan, die zweite dauerte 18 Stunden unter sehr stürmischen Wehen, wobei das Kind tot geboren wurde. Etwa am 14. Tage des Wochenbettes stellte sich plötzlich unwillkürlicher Harnabgang ein; es wurde vom Arzt eine Fistel entdeckt, darauf diese za. 30 Mal mit Höllenstein geätzt.

Befund am 24. September 1891. Am Ende des vorderen Scheidengewölbes gerade am Ansatz der Portio findet sich ein bohnengrosses Loch, das in die Blase führt. In der Blase fühlt man ausserdem vom vorderen Scheidengewölbe aus einen taubeneigrossen Tumor, der sich bei näherer Untersuchung als Blasenstein entpuppt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

28. September. Der Blasenstein wird durch Dilatation der Harnröhre entfernt.

Operation der Fistel am 7. Oktober. Mit breitem hinteren Spekulum und gefenstertem Seitenhebel wird zunächst das vordere Scheidengewölbe freigelegt, die Portio mit Musseux nach unten gedrückt.

Annähernd quer verläuft vor der Fistel, die sich genau im vorderen Scheidengewölbe befindet, ein als Falte vorspringender Narbenzug; von der Fistel aus geht eine narbige Vertiefung senkrecht zur Portio, die an dieser Stelle einen

tiefen Riss zeigt. Die Fistel wird breit umschnitten, ein myrtenblattförmiges Stück abpräpariert und die querliegende Wunde mit 5 Seidenknopfnähten von vorn nach hinten vereinigt. Injizierte Milch fliesst nur aus der Blase ab.

Befund am 20. Oktober. Während der Urin in den ersten Tagen nur willkürlich abging, entleert er sich heute wieder unwillkürlich durch die Scheide. Die Fistel ist wieder zu konstatieren, jedoch etwas kleiner.

Befund am 25. November. Patientin hat sich gut gebessert, mit der Zeit hörte das unwillkürliche Urinieren von selbst auf; die Fistel ist glattrandig geheilt. Im linken Narbenwinkel liegt noch ein Faden, nach Entfernung sieht man die in die Blase injizierte Milch nur ganz wenig durchsickern.

Am 30. November. Patientin wird geheilt entlassen.

III. Fall.

Anna B., 23 Jahre alt, Weissenstadt.

Mitte Januar 1892 die erste Geburt; nach 8 Tage anhaltenden starken Wehen wurde die Perforation des auffallend starken toten Kindes vorgenommen, dann dasselbe mit einem zangenähnlichen Instrument extrahiert. 14 Tage nachher merkt Patientin, dass der Urin immer unwillkürlich aus der Scheide abging, sowohl im Sitzen als im Liegen.

Befund am 15. Juni. Neben starker Entzündung der Vulva und der Glutaealfalten findet sich der Introitus Vaginae, sowie die Vagina selbst sehr verengt, letztere durch eine nach der Portio vorn querverlaufende vorspringende Narbenfalte. In der Mitte dieser Falte, 1 cm vor der Portio, ist eine bequem für einen Katheter durchgängige Fistel sichtbar, die in die Blase führt; auch von der Urethra aus kann man den Katheter leicht in die Fistel und nach der Vagina zu durchführen. Die Portio ist mehrfach tief eingerissen, von der vorderen Muttermundslippe hängt ein kleiner Lappen herunter, der Uterus ist klein, anteflektiert, die Anhänge sind frei.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Befund am 20. Juni. Der Narbenzug wird links und rechts von der Fistel eingeschnitten, die Vagina wird möglichst stark durch eingestopfte Jodoformgaze dilatiert.

Operation am 23. Juni. Die Fistel wird mit hinterer Simonscher Platte, Seitenhebel und durch Anlegen und An-

schlingen der Portio mit Seidenfaden sowie mit vorderer Platte freigelegt, lässt sich aber nicht ganz in das Niveau der Vulva bringen. Anfrischung der Fistelränder etwa $^1/_2$ cm breit ringsum in Form eines queren Myrtenblattes, Anlegung von 6 Seidenfäden zuerst ohne Knoten; darauf Knoten der Seidenfäden und noch ein nachträgliches Anlegen eines 7. Fadens. In die Blase eingegossene Milch fliesst nicht aus der Scheide ab.

In den ersten Tagen nach der gut verlaufenen Operation konnte Patientin willkürlich Urin entleeren, nach 8 Tagen jedoch floss derselbe wieder unwillkürlich ab. Die Fistel findet sich in ganzer Ausdehnung etwa linsengross wieder offen.

Befund am 11. Juli und zweite Operation. Die Fistel wird mit hinterer und seitlicher Platte blossgelegt, rings in querer Myrtenblattform fast 1 cm breit angefrischt, dann 10 Seidenknopfnähte, die erst nach Anlegung aller geknotet werden, angelegt. In die Blase injizierte Milch bleibt in derselben. Zuerst ist das Urinieren nur im Sitzen, dann auch im Liegen möglich und immer willkürlich.

20. Juli. Die Nähte werden entfernt, es findet sich vollständige Kontinenz.

23. Juli. Patientin wird geheilt entlassen.

IV. Fall.

Katharina R., 40 Jahre alt, Mainz.

Patientin hat 8 Mal geboren; die letzte Geburt war am 8. Juli 1893; sie dauerte mehrere Tage; es wurde schliesslich die Wendung gemacht mit nachfolgender Extraktion. Kind war tot. Am dritten Tage nach der Geburt floss der Urin aus der Scheide ab. Patientin hat sich 4 Mal operieren lassen, immer ohne Erfolg.

Befund am 24. September 1894. Scheideneingang klaffend. Der Damm ist bis in die Nähe des Sphinkter eingerissen. Der Harnröhrenwulst fehlt vollkommen. Unmittelbar hinter der Symphyse ist eine Oeffnung von der Grösse eines Zehnpfennigstückes, die in die Blase führt. Die Umgebung des Loches ist überall narbig. Die vordere untere Wand der Blase sitzt der Symphyse an.

Operation am 28. September. Es wird in Simsscher Seitenlage operiert. Der Narbenring wird erst in der

unteren, dann in der oberen Hälfte gespalten, die Blase von der Scheidenwand abgelöst. Dann wird die Blase mit Katgut, die Scheidenwand mit feiner Seide genäht. Zwischen der oberen und unteren Hälfte des Fistelrandes wird eine kleine Lücke gelassen, die später für die Plastik der Harnröhre verwandt werden soll und in die jetzt ein kleiner weicher Gummikatheter, der mit einer Nadel an der Scheidenwand befestigt wird, gesteckt wird. Des Abends fliesst der Urin durch den Katheter, aber auch daneben ab. Da Patientin stark fiebert, wird der Katheter entfernt, worauf der Urin schubweise unwillkürlich abgeht.

Befund am 6. Oktober. Untersuchung in Simsscher Seitenlage. Die Nähte werden entfernt. Eine Verheilung der angefrischten Ränder ist nicht eingetreten; die hintere Blasenwand wölbt sich in der Grösse eines Markstückes vor. Die Wundränder sind infiltriert und mit Harnsalzen inkrustiert.

Operation am 17. Oktober. Episiorrhaphie mit Bildung einer neuen Urethra. Bei der vollständigen Aussichtslosigkeit einer erneuten plastischen Operation zum Verschluss der Fistel soll nach dem Vorgang von Oth versucht werden, durch Verschluss der Vagina und Anlegung einer neuen Harnröhre unter Benutzung der kleinen Labien Kontinenz zu erzielen. Es wird ein hufeisenförmiger Lappen herauspräpariert, dessen Spitzen dicht an der Klitoris liegen und eine schmale Gewebsbrücke vor dem ehemaligen Orifiumin urethrae und den geringen Rest der Harnröhre zwischen sich fassen. Die seitlichen Schenkel des Anfrischungsstückes liegen an der Innenfläche der kleinen Labien, die Basis an der hinteren Kommissur. Quere Vereinigung durch 15 die ganze Wunde beiderseits umfassende Fäden. Dazwischen liegen einzelne oberflächliche Seidennähte. Nach der Vereinigung bleibt ein ganz schmaler Kanal dicht am unteren Rande der Symphyse übrig, in den ein dünner elastischer Katheter eingeführt wird. Durch eine Seidennaht wird derselbe seitlich befestigt. Nach der Operation geht der Urin zuerst durch den Katheter gut ab; einige Tage später aber auch wieder schubweise unwillkürlich.

Befund am 15. November. Der vordere Teil der angefrischten Fläche ist geheilt, weiter hinten führen drei trichterförmige Oeffnungen in die Tiefe. Zuerst werden diese Oeffnungen mit Arg. nitr. behandelt.

Operation am 6. Dezember. Anfrischung und Naht der fistulösen Oeffnungen. Nachdem nunmehr die vier in die Kloake — die sich neu gebildet hatte — einmündenden Fistel-

gänge keine Tendenz zeigen, sich durch Granulation weiter zu verschliessen, da sie grösstenteils mit Epithel überkleidet sind, werden nach sorgfältiger Desinfektion der Kloake die einzelnen Gänge von hinten nach vorn jeder für sich mit dem Fistelmesser und der Schere trichterförmig angefrischt und durch feine Katgutnähte und feine Seidenfäden quer vereinigt.

Befund am 7. Dezember. Die Patientin hat heftiges Erbrechen, dabei wird der Urin aus der kleinen Oeffnung dicht hinter der Klitoris herausgepresst.

Befund am 17. Dezember. Nach Herausnahme der Nähte bietet die Wunde denselben Anblick dar, wie vor der letzten Operation: 4 Fistelgänge, durch die unwillkürlich der Urin abgeht, führen in die Kloake. (Von der Wärterin wird angegeben, dass die Patientin zu früh aufgestanden sei.)

Die Patientin wird ungeheilt entlassen mit der Weisung, nach einiger Zeit wieder zu erscheinen.

V. Fall.

Dorothea Sch., 38 Jahre alt, Polizeifrau aus Geldersheim.

Am 1. Dezember hat Patientin eine schwere Geburt durchgemacht, die sich zwei Tage unter heftigen Wehen hinzog. Das Kind wurde tot geboren. Einige Tage nach der Geburt bemerkte Patientin, dass der Urin spontan ablief.

Befund am 12. Februar 1897. Introitus klaffend; Narben am Damm, zirkulärer Narbenstrang in der Scheide. Die vordere Muttermundslippe fehlt. Vor der vorderen Peripherie des Narbenringes ist ein zwei Querfinger breiter Defekt in der vorderen Vaginalwand und es besteht eine direkte Kommunikation mit der Harnblase.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Am 18. Februar. Es werden zunächst Inzisionen in den Narbenstrang gemacht und deren Wiederverklebung durch Tamponade mit steriler Gaze verhindert.

Befund am 8. März. Die Scheide ist bedeutend zugänglicher und weiter geworden. Der Blasenscheidendefekt ist 3—4 cm breit, er endet beiderseits in ziemlich harten, scharfen Narben und liegt unmittelbar der vorderen Muttermundslippe auf. Die Blasenschleimhaut wölbt sich durch den Defekt etwas in die Scheide vor.

Operation. Ablösung der Blasenscheidenwand von der Cervixwand. Anfrischung und Naht. Nachdem die feste Ringnarbe im unteren Teil der Vagina bereits inzidiert worden und die völlig im oberen Teil der Vagina befindliche Narbe durch eine mehrwöchentliche Tamponade gedehnt worden ist, bietet sich folgender Befund:

Im oberen Teil der Scheide hängt ein lappenförmiges Stück von der Portio herunter. Der grosse Blasenscheidendefekt, der bei der ersten Operation bestand, ist im wesentlichen verheilt bis auf eine bohnengrosse Stelle an der linken Kante der Portio, die bei der ersten Operation wieder eröffnet wurde wegen der hier liegenden Ureterenmündungen. An dieser Stelle wölbt sich die Blasenschleimhaut etwas vor, die durch einen Gazestreifen zurückgedrängt wird; hier befindet sich der Eingang zum Uterus.

Wegen der Unmöglichkeit, die Blasenwand von der Uteruswand ausgiebig zu trennen und zu nähen, ferner mit Rücksicht auf die Ureterenmündung wird beschlossen, die ziemlich beweglichen Lappen der vorderen Muttermundslippe als Deckung des Defektes zu benutzen.

Die Ränder des Lappens und der Fistel werden angefrischt und mit 9 Seidennähten vereinigt. Am 12. August ist die Patientin vollständig geheilt; der Urin geht nur willkürlich ab.

VI. Fall.

Anna H., 38 Jahre alt, Fruchthändlersfrau aus Nürnberg.

Die letzte Geburt war am 26. November 1898; die Geburt dauerte einige Tage unter starken Wehen. Die Patientin gibt an, dass der Arzt, als das Kind mit Kopf und Schultern geboren, einen Strick an dasselbe angelegt und so durch Zug an demselben das Kind herausgebracht habe. Patientin, die 2 Tage nach der Geburt noch keinen Urin gelassen hatte, wurde vom Arzt katheterisiert; seitdem ging der Urin fortwährend unwillkürlich ab.

Befund am 9. März 1899. An der vorderen Scheidenwand in der ganzen oberen Hälfte fühlt man eine tiefe Furche und unmittelbar vor der Portio ein zweipfennigstückgrosses Loch, das in die Blase führt. Etwa $1^1/_2$ cm davon ist ein zweites, durch das die Sonde bis in die Blase hindurchgeführt werden kann. Die in die Urethralöffnung eingeführte Sonde

gleitet bis zu diesem zweiten Loch vor, stösst aber hier auf Widerstand und es zeigt sich, dass hier die Urethra quer verschlossen ist, so dass also nur der oberste Teil der Urethra, wie es scheint, erhalten ist. An der Portio selbst ist links gleichfalls eine ausserordentlich starke und narbige Verziehung; der Muttermund ist intakt; die Sonde dringt hier ohne weiteres 7 cm tief ein.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Operation am 18. März. Mit Rücksicht auf die komplizierten Verhältnisse soll zunächst die hintere Fistel geschlossen werden. Nach Einführen eines Schwämmchens zum Zurückdrängen der Blasenschleimhaut wird zunächst die hintere Blasenwand von der vorderen Cervixwand abgetrennt auf etwa $^1/_2$ cm und ebenso die Abtrennung der Blase ringsum durch Spaltung weiter vollendet. Dann wird die Blase mit einer Reihe von sagittal angelegten Katgutnähten geschlossen und darüber isoliert die Scheidenschleimhaut bezw. das vordere Scheidengewölbe für sich allein mit Seide vernäht. Darauf wird an der Stelle, wo vorn die Harnröhre geschlossen ist, diese Wand mit dem Katheter vorgedrängt, darauf breit eingeschnitten und die innere Harnröhrenschleimhaut mit der Scheidenschleimhaut vernäht, um für die eventuell später auszuführende Herstellung der Harnröhre leicht die Zugänglichkeit zu schaffen. In die hintere narbige Oeffnung, welche aus der durchrissenen Urethra in die Blase führt, wird ein Dauerkatheter eingelegt.

Befund am 23. März. Der Katheter wird entfernt; es läuft Urin aus der Scheide ab und zwar, wie es scheint, aus der operativ geschlossenen Stelle.

Befund am 27. März. Patientin ist imstande, etwas Urin zu halten und spontan zu entleeren.

Vom 10. bis 15. April bessert sich der Zustand so, dass die Patientin auch vollständig willkürlich Harn entleeren kann.

VII. Fall.

Ernestine Sch., 39 Jahre alt, Milchhändlersfrau a. Hollenbach.

Patientin hat 8 Mal geboren, zuletzt am 20. Februar 1899. Die ersten 7 Geburten verliefen spontan; die letzte Geburt zog sich unter starken Wehen in die Länge, so dass das Kind mit der Zange extrahiert wurde. In den ersten Tagen war zunächst

kein Harnabgang, am 5. Tage floss derselbe grösstenteils willkürlich ab.

Befund am 12. Juli. Die vordere Vaginalwand zeigt in der Medianlinie dicht vor der Portio, deren vordere Lippe bis zum Ansatz des Scheidengewölbes gespalten erscheint, eine feine, mit der Sonde durchgängige Fistel. Führt man gleichzeitig einen Katheter in die Blase, so berühren sich beide.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Operation am 17. Juli. Freilegung der Fistel, Spaltung und ausgiebige Unterminierung der Fistelspaltungsränder; Schluss der Fistel mit Katgutnähten, Schluss der Scheidenränder mit 4 Seidenknopfnähten. — Einlegung eines Dauerkatheters.

Am 19. Juli wird der Katheter entfernt. Die Fistel ist nur teilweise geheilt, Urin geht vollständig ab.

Operation am 27. Juli. Die Fistel, die noch für eine kleine Sonde durchgängig ist, wird ringsum ausgiebig angefrischt. Etwaige Granulationen von der Anfrischungsfläche werden sorgfältig abgeschabt, sodann die Anfrischungsflächenränder mit 5 Katgutfäden vernäht. Wegen Unvermögens zu urinieren wird ein Katheter eingelegt, der am anderen Morgen entfernt wird.

Am 3. August ist die Patientin ausser Bett und die Fistel sehr gut geheilt.

VIII. Fall.

Katharina A., 31 Jahre alt, Taglöhnersfrau aus Gersdorf.

Patientin primipara; erste Geburt am 28. September 1893. Das Kind wurde mittels der Zange extrahiert. Die Extraktion, die ohne Narkose ausgeführt wurde, dauerte über 1 Stunde. Der Arzt wurde im Ziehen mehrmals von einer anwesenden Frau abgelöst. Unmittelbar nach der Entbindung ging aller Urin unwillkürlich ab. Die Patientin war beständig nass. Ungefähr nach 8 Wochen — Patientin hatte 6 Wochen das Bett gehütet — hatte sich der Zustand soweit gebessert, dass die Patientin beim Liegen und Stehen willkürlich Urin lassen konnte, während derselbe nur beim Gehen unwillkürlich abfloss.

Befund am 16. Mai 1894. Bei der Patientin, die seit 5 Monaten wieder gravida ist, zeigt sich die Scheide durch eine sehr feste, derbe, nach links bis an den Beckenrand gehende und mit dem Tuber ischii verwachsene Narbe verengt.

Am Tuber ischii periostitische Auflagerungen; an dieser Stelle wird mit Mühe eine kleine Fistel entdeckt.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Operation am 26. Mai. Dieselbe findet in Simsscher Seitenlage statt, in der die Fistel sehr zugänglich ist. Die Narbe wird gespalten, die Fistel mit Katgut, die Scheidenschleimhaut mit Seide vereinigt.

2. Juni. Die Operation ist gut verlaufen, die Fistel tadellos geheilt; Urin geht nur durch die Urethra ab.

Am 9. Juni. Patientin wird geheilt entlassen.

IX. Fall.

Margarethe K., 37 Jahre alt, Oekonomsfrau aus Ueschersdorf.

Patientin hat 8 Mal geboren; bei der letzten Geburt wurde das Kind mit der Zange extrahiert; hierbei soll die Patientin stark geblutet haben. Kurz darauf ging der Urin unwillkürlich aus der Scheide ab. Patientin hat sich 2 Mal ohne Erfolg operieren lassen.

Befund am 13. Oktober 1894. Mässige Beckenenge, Vulva klaffend. In der Scheide, besonders links, sind Narben; die obere Muttermundslippe ist so zerissen, dass von ihr nur eine quer verlaufende Gewebsbrücke übrig geblieben ist, unterhalb und oberhalb ist ektropionierte Cervikalschleimhaut sichtbar und die Sonde kann in den Uterus eingeführt werden. Im oberen Scheidengewölbe etwa 1 $^1/_2$ cm vor der Portio ist eine etwa 2 cm breite querverlaufende Fistel mit narbigen Rändern zu finden, durch die der Urin andauernd abgeht.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Operation am 15. Oktober. Durchschneidung der Gewebsbrücke vor dem äusseren Muttermund. Fixierung der Portio durch einen Seidenfaden. Durch senkrechtes Einschneiden auf die Fistelränder werden Scheide und Blase ringsherum von einander lospräpariert, die Scheide nach links und rechts hin in der ganzen Verlängerung noch etwas aufgeschnitten und durch Unterminierung ein oberer und unterer gut beweglicher Scheidenlappen gebildet. Dann wird die Blasenwunde durch 6 feine Katgutnähte geschlossen, die etwa $^1/_2$ cm von dem Wundrande eingestochen und dicht an der Schleimhautgrenze ausgestochen werden. Darüber wird durch 3 Seiden-

knopfnähte die Scheidenwunde vereinigt. Dann Skenescher Verweilkatheter — Seitenbauchlage.

Am 23. Oktober werden die Nähte herausgenommen. Da die Patientin immer willkürlich Urin lassen kann, wird sie am 23. Oktober entlassen.

X. Fall.

Helene F., 59 Jahre alt, Kaufmannswitwe aus Mainz.

Patientin hat 6 Mal geboren. Die letzte Geburt war vor 24 Jahren. Die Geburten verliefen alle normal. Nach der ersten Entbindung beginnender Vorfall. Der behandelnde Arzt legte der Patientin vor 29 Jahren ein klinisches Schraubenpessar ein, seitdem keine ärztliche Behandlung des Vorfalls mehr. Die Patientin nahm das Pessar öfters zum Reinigen heraus, ersetzte die alten auch durch neue und hatte keinerlei Beschwerden. Erst vor einem halben Jahre merkte Patientin, dass sie zuweilen blutigen übelriechenden Ausfluss hatte, dass auch etwas Urin unwillkürlich abging. Sie nahm das Pessar, das sie „hineingeschwollen" fühlte, mit ziemlicher Mühe heraus; seit dieser Zeit lief der Urin in grosser Menge mehr unwillkürlich als willkürlich im Liegen und im Stehen ab.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Befund und Operation am 23. Dezember 1891. Die ganze vordere Scheidenwand lässt sich wegen hochgradiger Schlaffheit der Uterusligamente und des Beckenbodens samt der Portio vor die Vulva bringen, die hintere Scheidenwand nur zum Teil. Rechts vor und neben der Portio, fast ganz im seitlichen Scheidengewölbe, ist ein für einen Finger gut durchgängiges Loch, mit Blasenschleimhaut umsäumt, unmittelbar in die Blase führend. Die Blasenschleimhaut wulstet sich etwas nach der Scheide hin vor. Die Labien werden mit Seitenhebel rechts zurückgehalten. Mit dem Messer wird die Fistel zunächst an der Grenze von Scheiden- und Blasenschleimhaut quer oval umschnitten, dann rings 1—1½ cm vom ersten Schnitt nach aussen ein zweiter myrtenblattförmiger Schnitt in die Scheidenhaut gemacht und das betreffende Stück der letzteren mit Messer und Schere abpräpariert. 9 dünne Seidennähte werden so von vorn nach hinten durchgeführt, dass nach deren Knotung die vordere Hälfte der angefrischten Partie an die hintere anzuliegen kommt und die

Fistel, resp. deren Ränder nach innen in die Blase sieht. In die Blase injizierte Milch fliesst nicht nach der Scheide ab.

Am 31. Dezember werden die Nähte entfernt. Fistel ist geheilt.

14. Januar 1892. Patientin wird geheilt entlassen.

XI. Fall.

Maria N., 44 Jahre alt. Eisenbahnarbeiterstrau aus Schrozberg.

Am 7. März 1893 Exstirpatio uteri totalis vaginalis wegen Cancroid der Portio; damals schon Infiltration des rechten Parametriums. In den 3 ersten Tagen nach der ersten Operation wird der Urin mit dem Katheter abgenommen. Am 4. Tage fällt der Patientin unwillkürlicher Urinabfluss auf. Die Blase zeigt sich, sobald sie mit dem Katheter entleert werden soll, vollständig leer. Der ganze Urin geht durch die Scheide ab. Während der Rekonvaleszenz lange dauerndes Eiterfieber, herrührend von einem hinter dem rechten Scheidenwundwinkel liegenden Abszess, der auf Druck grosse Mengen Eiter entleert.

Befund am 24. Oktober 1893. Am rechten Wundwinkel der Scheidennarbe entleert sich auf Druck eine grosse Menge grünlich-gelben Eiters. Nach vorn vor der Narbe ungefähr in der Mitte befindet sich eine kleine kaum sondenknopfgrosse Kommunikationsöffnung zwischen Blase und Scheide.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Befund am 8. Mai 1894. Der Eiter entstammt einem kleinen Abszess, der in der rechten Lumbalgegend zu fühlen ist. Der Abszess wird geöffnet und der Eiter entleert; dann wird er täglich mit 2 prozentiger Lysollösung ausgespült.

Befund am 10. Mai. Aetzen der mit wuchernden Granulationen umgebenen Fistelöffnung. Der Urin, der in den ersten Tagen vollständig aus der Scheide kam, kommt jetzt nur noch zum Teil aus derselben, zum Teil wird er durch die Urethra entleert.

Am 20. Mai. Bei der Untersuchung ist die früher deutlich sichtbare Fistel nicht mehr zu finden; es geht nur sehr wenig Urin noch aus der Scheide ab.

25. Mai. Der Urin geht nur willkürlich ab, Patientin als geheilt entlassen.

XII. Fall.

Anna W., 53 Jahre alt, Bauersfrau aus Zellingen.

Bei der Patientin wegen Cancroid der Vaginalportio am 22. Oktober 1893 Totalexstirpation des Uterus. In letzter Zeit ist sämtlicher Urin aus der Scheide abgegangen.

Befund am 22. Januar 1894. Wunde nach Totalextirpation fast geheilt. Im vorderen Scheidengewölbe etwa 1 cm über der Narbe eine kleine Fistel von der Dicke eines Strohhalmes. Mit der Sonde kommt man direkt in die Blase.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Operation am 24. Januar. Nach Anfrischung der Fistel Verschluss der Wundränder durch 6 feine Seidennähte. Die Blase wird probeweise mit Milch gefüllt. Die Milch bleibt in der Blase, es ist die Fistel also fest verschlossen. Einlegen eines Verweilkatheters.

27. Januar. Verweilkatheter wird entfernt. Der Urin geht nur willkürlich ab.

Am 1. Februar konnte Patientin geheilt entlassen werden.

XIII. Fall.

Margaretha F., 39 Jahre alt, Gastwirtin aus Wiesenbach.

Am 12. Mai 1896 wegen Carcinom portionis cervicalis Totalexstirpation des Uterus. Kurz darauf merkte die Patientin, dass der Urin grösstenteils unwillkürlich abging.

Befund am 1. Juli 1896. In der Mitte der Scheidennarbe befindet sich eine etwas über stecknadelkopfgrosse Fistel.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Operation am 4. Juli. Ovale Anfrischung der Fistelränder. Die angefrischte Fistel hat etwa 1 cm Durchmesser. Naht mit 7 einzelnen Seidenfäden.

Befund am 5. Juli. Kein Urinabfluss. Patientin muss katheterisiert werden.

Befund am 10. Juli. Entfernung der Nadeln. Per primam geheilt. Urin geht nur willkürlich ab.

XIV. Fall.

Anna H., 26 Jahre alt, Viktualienhändlersfrau aus Bartenstein.

Patientin wurde am 8. April 1896 wegen Carcinomen cervicis operiert und zwar wurde der Uterus total exstirpiert. Einige Tage nach der Operation merkt Patientin, dass der Urin aus der Scheide abfliesst. Man sah bei näherer Untersuchung hoch in der Scheide ein etwa erbsengrosses Loch, das in die Blase führte.

Befund am 22. Juni. Scheide weit; Scheidenwunde gut geheilt und verkleinert, rechts hinten sind Granulationen zu fühlen; ganz hinten im vorderen Scheidengewölbe ein Loch, das in die Blase führt.

Operation am 26. Juni. Die Fistel ist sehr schwer zugänglich. Es wird die Scheidenschleimhaut in der Umgebung der Fistel von der Blase abpräpariert, die abpräparierten Scheidenschleimhauträuder über der Fistel mit Seidennähten geschlossen. Dauerkatheter.

Entfernung des Dauerkatheters am 2. Juli.

Patientin kann den Urin gut halten. Fäden werden entfernt.

Am 10. Juli. Patientin wird geheilt entlassen.

Was zunächst die Aetiologie anbelangt, so muss man sagen, dass der grösste Teil der Blasenscheiden-Fisteln durch Quetschungen, die während der Geburt von Seiten des Kindes ausgeübt werden, entsteht. Hauptsächlich ist es hier das enge Becken. Durch den vorliegenden Kindsteil, besonders den Kopf, kann ein so starker Druck auf die zwischen dem vorliegenden Teil und dem Beckenknochen liegenden mütterlichen Weichteile ausgeübt werden, dass die gedrückten Stellen absterben. Es kommt hierbei hauptsächlich auf die Dauer des Druckes an; so sehen wir, wie bei zögernder Geburt durch den fortwährenden Druck des vorliegenden Kindteils die gequetschten Weichteile der Mutter allmählich absterben.

Sind nun diese gedrückten Teile einmal abgestorben, so verwandeln sie sich in einen Schorf, der sich nach einigen Tagen loslöst und so eine Verbindung zwischen den Harnorganen und dem Genitalkanal möglich macht.

Wir haben hier 7 Fälle aufzuweisen, wo durch tagelang anhaltende Geburten, die unter starken Wehen verliefen, Fisteln entstanden sind. Bei 2 Fällen handelt es sich um Fisteln, die ihre Entstehung instrumenteller Hilfe und zwar der Zange zu verdanken haben. Ziemlich häufig entstehen auch Fisteln nach gynäkologischen Operationen, nach der Exstirpatio uteri totalis bei Carcinomen; wir haben auch einige solche entstandenen Fisteln, die sich allmählich nach der Operation bemerkbar machten. Auch Pessare, besonders die von Zwanch-Schillig, begünstigen die Entstehung von Fisteln. Bei einem Falle hatte eine Frau 29 Jahre lang ein solches Pessar getragen; sie hatte es öfter herausgenommen und gereinigt, zuweilen auch ein neues eingesetzt. Im letzten halben Jahre spürte die Frau Schmerzen in der Scheide, sie hatte übelriechenden Ausfluss; als sie das Pessar herausnahm, empfand sie, dass dasselbe etwas eingewachsen war; kurz darauf floss der Urin aus der Scheide ab.

Dass bei Perforation des Kindes Knochenstücke des Schädels die Blase perforieren können, ist wohl selten; ebenso werden Fistelbildungen nach Fallen auf einen spitzen Stein, nach Blasensteinen weniger häufig beobachtet.

Die charakteristischen Symptome der Fisteln äussern sich durch fortwährenden unwillkürlichen Harnabgang durch die Scheide sowohl im Gehen, wie im Liegen, wie im Stehen; nehmen jedoch die Patientinnen eine bestimmte Stellung ein, die ein Verschliessen der Fistel durch Aneinanderbringen der Ränder zur Folge haben, so kann die unwillkürliche Harnentleerung unterbleiben, natürlich nur so lange, wie die bestimmte Stellung eingenommen wird.

Bei den durch langdauernde Geburten entstandenen Fisteln zeigt sich der Harnabgang aus der Scheide erst einige Tage nach der Geburt. Denn zunächst verschliesst ja der Schorf, der an der Stelle des gedrückten Gewebes sich gebildet hatte, die Fistel; dagegen nach Zangenextraktion, wo mit Gewalt auch häufig grössere Zerreissungen entstehen, macht sich kurz darauf unwillkürlicher Harnabgang bemerkbar.

Die Diagnose ist schon aus den Angaben der Patientinnen zu stellen, nur macht es bei kleinen von Narben umgebenen Fisteln oft Schwierigkeiten, den Sitz der Fistel zu entdecken. Grössere fühlt man mit dem Finger und Katheter, kleinere sucht man mit Hilfe der Simonschen Spekula und da und dort eingesetzter scharfer Häkchen auf. Findet man auch so die Fistel nicht, so injiziert man in die Blase abgekochte Milch, die dann aus der Fistelöffnung herausquillt.

Die Therapie der Blasenscheiden-Fisteln besteht wohl heutzutage nur in der Operation. Bei kleinen frischen Fisteln ist ja ein Versuch mit Aetzungen, besonders dem Arg. nitr.-Stift und dem Paquelin, zu machen; wir haben auch einen Fall zu verzeichnen, wo bei einer nach der Exstirpatio uteri totalis enstandenen Fistel Heilung eintrat. Bestehen aber die Fisteln schon länger, so ist jede Hoffnung auf Heilung mit ätzenden Mitteln ausgeschlossen, man soll dann zur Operation schreiten. Dieselbe findet lediglich nach der Methode der Anfrischung der Wundränder und der Vereinigung durch die Naht statt.

Ueber den Termin, wann die Fisteln operiert werden sollen, ist man sich noch nicht einig; am besten ist es jedoch, wenn die Operation der durch Geburt entstandenen Fisteln etwa in der 4. bis 6. Woche nach der Entbindung stattfindet, während die auf andere Weise entstandenen zu jeder Zeit operiert werden können. Jedenfalls soll man, sobald man die Fistel zu Gesicht bekommt, nicht zu lange mit der Operation warten, da die Narbenschrumpfung des die Fistel umgebenden Gewebes zu- und der Blutreichtum abnimmt.

Der eigentlichen Operation geht fast immer die „vorbereitende“ voraus. Der Zugang zu der Fistel ist nämlich erschwert, da die Scheide meistens sehr verengt ist, sei es infolge infektiöser oder gangräneszierender Vorgänge. Man muss in diesen Fällen die Scheide zu erweitern suchen, und zwar hat man hierzu 2 Methoden, entweder die langsam fortschreitende Methode Bozemanns oder die mehr gewaltsame von Simon.

Das Verfahren Bozemanns, das von Bandl und Pawlik weiter ausgebildet wurde, besteht darin, dass er unter dem Gebrauch warmer Scheidendouchen Hartgummikugeln, kugelförmige oder zylindrische, in die Scheide einführt; dieselben sind von verschiedener Grösse und bleiben längere Zeit liegen; auf diese Weise werden die narbigen Scheidenwände gedehnt. Feste Narbenstränge werden öfter inzidiert oder auch gewaltsam zerrissen; nachdem dieses mehrere Tage hindurch wiederholt ist, wird die Scheide allmählich so weit, dass zur eigentlichen Operation geschritten werden kann.

Wir gehen auch nach der Methode von Bozemann vor; anstatt der Hartgummidilatatorien stopfen wir, nachdem wir die Narbenstränge häufiger inzidiert haben, die Scheide mit Jodoformgaze aus und suchen dieselbe auf diese Weise auch allmählich zu erweitern. Die Erfolge, die wir hierbei erzielt haben, sind gute.

Simon und nach ihm Hegar und Fritsch empfehlen die gewaltsame Erweiterung der Scheide durch Durchreissung und Inzisionen der Narbenstränge kurz vor der Operation; dieses ist jedoch nicht zu empfehlen, da leicht starke, die Operation sehr erschwerende Blutungen auftreten können.

Ist nun alles gehörig vorbereitet, ist die Scheide ziemlich erweitert und der Zugang zu der Fistel erleichtert, so schreitet man zur „eigentlichen“ Operation.

Wie ich schon zu Anfang der Arbeit gesagt habe, ist das Hauptverdienst um die Operation der Blasenscheiden-Fisteln Sims und Simon zuzuschreiben. Sie beide hatten ihr Augenmerk dabei auf drei Punkte gerichtet:

1) Freilegung der Fistel,
2) Anfrischung,
3) Naht.

Zunächst ist auf die Freilegung ein grosses Gewicht zu legen. In welcher Körperstellung sich die Patientinnen befinden, ist wohl egal. Von Bozemann und Neugenbauer sind die Knieellenbogenlage, von Sims die Seitenbauchlage, von Simon die Steissrückenlage empfohlen. Letztere haben wir meistens, in schwierigen Fällen auch die Simssche Lage, mit bestem Erfolge verwandt. Vielmehr kommt es auf ein gutes Spekulum an, wir gebrauchen das von Simon, doch sind auch das Rinnenspekulum von Sims, das Spekulum von Bozemann und das Spekulum trivalvum von Neugenbauer gleich gut; dann wird der Uterus vermittelst Hakenzangen nach unten gezogen und so die Fistel noch besser zugänglich gemacht.

Ist nun die Fistel gut freigelegt, so wird zur Anfrischung geschritten. Durch dieselbe sollen breite, glatte, auf einander passende Wundränder hergestellt werden. Man unterscheidet je nach der Art der Schnittführung die „tiefschräge“ und die „flachschräge“, erstere von Simon, letztere von Bozemann, Sims und anderen bevorzugt. Man zeichnet sich zunächst die Konturen der Anfrischung, etwa 0,5 cm von dem Fistelrande entfernt, vor Abtragung der Ränder durch die derbe Vaginalmukosa hindurch mit dem Skalpell vor. Bei Fisteln, die bequem zugänglich sind, benutzt man ein einfaches Skalpell, in schwierigen Fällen ist es jedoch wünschenswert, je nach dem Sitz verschieden gekrümmte Messer zu haben. Nun wird das Messer durch den ganzen Fistelrand bis an die Grenze der Blasenmukosa durchgestossen und in ruhigen, glatten Zügen längs des vorgezeichneten Schnittes hergeführt. Zu beachten ist hier, dass die Ränder überall in gleicher Breite und Dicke

abgetragen werden, denn so ist es möglich, den ganzen Fistelrand als zusammenhängenden Ring abzutragen, was insofern angenehm ist, als man sicher ist, nirgends Reste der Schleimhaut zurückgelassen zu haben. Man sieht sich dann die Wunde genau an, ob noch irgendwo Gewebsfetzen oder Narbenstränge vorhanden sind, die man dann mit einer spitzen Schere abträgt, so dass die Wundränder überall aus gutem lebensfähigen Gewebe bestehen. Man muss sich vor allem bei der Anfrischung, besonders bei den in der Gegend des Trigonum Leutandii sich zeigenden Fisteln, in acht nehmen, dass man nicht die Ureteren mit anschneidet und dass man bei der Naht nachher dieselben auch nicht verschliesst, wodurch die grössten Folgen entstehen können.

Nach erfolgter ausgiebiger und sorgfältiger Anfrischung kommt man zur Naht. Ueber das Nähmaterial haben viele Autoren sich gestritten.

Sims und Bozemann gebrauchen Silberdraht, ebenso Hegar. Simon empfiehlt einfache chinesische Seide; wir haben hier feine Seide, in günstigen Fällen Katgut angewandt und dadurch vortreffliche Resultate erzielt.

Als Nadeln gebraucht man kurze, stark gebogene Nadeln. Man legt die Nähte am besten $^1/_2$ cm von einander entfernt und zwar von rechts nach links, knotet sie aber nicht direkt, sondern sieht noch einmal nach, ob die Wundränder ganz in Ordnung sind, ob nicht vielleicht etwas Blasenschleimhaut mit zwischen dieselben geraten ist. Dann erst werden alle Fäden geknotet und zur Probe, ob die Ränder dicht sind, Milch in die Blase injiziert.

Nach der Operation muss die Patientin etwa 8 Tage still im Bett liegen, ohne dass etwas mit ihr vorgenommen wird. Selbst katheterisiert wird sie nur, wenn sie nicht spontan urinieren kann. Am 10. Tage werden die Nähte sorgfältig entfernt, worauf einige Tage später die Patientin das Bett verlassen kann.

Weitere Fortschritte in der Operationstechnik sind durch die Narbenspaltung von Walther und Winkel und die Lappenbildung von Fritsch gemacht worden. Nach Fritsch führt man einen Querschnitt mitten über die Fistel, unterminiert von diesem aus die Ränder auf $^1/_2$—1 cm, schneidet die narbige Stelle selbst eventuell heraus, schliesst die Blasenöffnung mit gesenkten Nähten und vernäht darüber die gelösten Scheidenlappen mit einander.

Bei solchen Fisteln, die von der Scheide aus schwer zu erreichen sind, schlägt Trendlenburg eine neue Operationsmethode vor. Diese besteht darin, dass zunächst oberhalb der Symphyse die Blase durch den „hohen Steinschnitt“ eröffnet wird. Die Fistel wird nun aufgesucht, freigelegt und gehörig angefrischt, darauf genäht. Diese Methode ist jedenfalls nur dann anzuwenden, wenn die Fistel auf die vorher beschriebene Weise nicht zu heilen ist. Sind nun die Fisteln so gross, dass sie nicht genäht werden können, so schlägt Trendlenburg vor, den Defekt durch einen Lappen aus der hinteren Scheidenwand zu decken: „Es wird ein hufeisenförmiger Lappen mit der schmalen Basis nach unten aus der hinteren Scheidenwand umschnitten, abgelöst, nach unten geschlagen und nun mit der Wundseite an den angefrischten unteren Rand des Defektes angenäht. Nachdem hier völlige Vereinigung eingetreten ist, wird auch die Basis des Lappens von der hinteren Scheidenwand getrennt, in die Höhe geschlagen und an den angefrischten oberen Wundrand angenäht, so dass der völlig auf den Kopf gestellte Lappen nun den Defekt vollständig deckt.“

Eine besondere Komplikation der Fistelbildungen besteht darin, wenn eine teilweise oder gänzliche Zerstörung der Harnröhre entstanden ist.

Ist die Zerstörung nur eine teilweise, so dass also mehr eine partielle Atresie der Urethra vorhanden ist, so kann man versuchen, einen Troikar von dem unteren noch offenen Ende nach dem oberen noch vorhandenen Teil durchzustechen und diesen neugebildeten Kanal durch fortwährend wieder eingeführte Bougies offen zu halten. Besser aber ist hier die „Ueberbrückung“ von Simon. Dieselbe schaltet das atretische Stück ganz aus, indem der obere und untere Teil der Urethra an der atretischen Stelle angefrischt, über derselben zusammengezogen und aneinander genäht wird. Ist die Harnröhre völlig zerstört, so scheitern fast sämtliche Versuche, eine neue herzustellen.

Eine erfolgreiche Operation beschreibt Fritsch und Olshausen; letzterer benutzte das Prinzip der Lappenbildung, indem er zu beiden Seiten Schleimhautlappen unterminierte und dieselben dann nach der Mitte zu über einen dünnen Katheter zusammennähte.

Die Kolpokleisis von Rose, d. h. der vollständige Verschluss der Scheide und die Anlegung einer Mastdarmfistel ist zu verwerfen, da dieselbe doch nicht auf die Dauer bestehen kann.

Es sind in den letzten Jahren noch so viele gute Operationsmethoden vorgeschlagen worden; eine will ich noch angeben,

es ist die von A. W. Freund. Er benutzte den Uterus selbst zur Deckung grosser Defekte, indem er ihn nach Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes retroflektierte und die dann wund gemachte Rückfläche des Uterus auf die ebenfalls wund gemachten Ränder des Defektes annähte.

Ich will nun gleich noch 2 Fälle von Blasengebärmutterscheiden-Fisteln anschliessen.

Die Aetiologie ist dieselbe wie bei den Blasenscheiden-Fisteln: „langdauernde Geburten, instrumentelle Hilfe etc."

So haben wir einen Fall, der nach lang sich hinziehender Geburt unter starken Wehen entstanden ist; der zweite Fall verdankt seine Ursachen instrumenteller Hilfe und zwar der Zange; kurz nach der Zangenextraktion ging der Urin unwillkürlich aus der Scheide ab.

Die Diagnose ist leicht zu stellen. Man sieht in der Scheide den Urin aus der Portio heraussickern.

Die Therapie besteht in der Operation; dafür gibt es 3 Methoden:

1) die ältere: der direkten Anfrischung;
2) die neuere: Trennung der Blase vom Uterus und isolierte Naht;
3) die Hysterokleisis.

Die erste Methode ist von Neugenbauer; es kommt hier zunächst wieder auf die gute Freilegung, dann Anfrischung und Naht an. Die Freilegung ist ungemein schwierig. Kleinere Fisteln sind oft erst nach mehr oder weniger hoher Spaltung des Cervix freizulegen; ist dieses gelungen, so umschneidet man trichterförmig die Fistel und näht die Wunde in der Längsrichtung zusammen.

Wir operieren hier nach der zweiten Methode und diese Operation hat sich grossartig bewährt. Sie ist von Follet zuerst angegeben und besteht darin, dass nach querer Durchtrennung des vorderen Scheidengewölbes Blase und Cervix von einander abgelöst werden; auf diese Weise entstehen 2 Fisteln, die völlig von einander unabhängig sind und jede für sich genäht werden können.

Die dritte Methode ist die Hysterokleisis, die von Jobert eingeführt ist; sie wird bei hohen und versteckt sitzenden Fisteln angewandt und besteht darin, dass der äussere Muttermund oder der untere Teil der Cervix operativ verschlossen wird, so dass also kein Urin aus der Fistel herausfliessen kann. Diese Operation hat aber die grössten Nachteile, weil dann

das ganze menstruelle Blut durch die Blase fliessen muss und auch die Konzeption aufgehoben ist.

Gehen wir nun zu den beiden Fällen über:

I. Fall.

Dorothea S., 27 Jahre alt, Tüncherfrau aus Amorbach.

Die letzte Geburt war Mitte Mai 1893; das Kind lag in Scheitellage; Sonntag früh traten die ersten Wehen ein, Montag Mittag sprang die Blase, Dienstag Abend wurde das Kind tot geboren. Nach 3 Tagen floss der Urin sowohl beim Liegen, Stehen oder Sitzen aus der Scheide ab.

Befund am 14. August 1893. Aeussere Geschlechtsteile vielfach exkoriert. Scheide weit, vordere Muttermundslippe fehlt zum Teil. An ihrer Stelle finden wir eine etwa zehnpfennigstückgrosse Blasencervix-Fistel. Die ganze Umgebung ist narbig infiltriert.

Diagnose: Fistula cervico-vaginalis.

Operation am 18. August. Nachdem durch einen Querschnitt unterhalb der Fistel die Umgebung etwas mobilisiert ist, wird die Blase vom Cervix lospräpariert, die Blasenwand mit 3 Katgutnähten, dann die Scheide mit 6 Seidennähten vereinigt. Die Patientin kann nach gut verlaufener Operation wieder vollständig nur willkürlich urinieren.

Am 28. August. Patientin wird geheilt entlassen.

II. Fall.

Margarethe G., 22 Jahre alt, Bauersfrau aus Neubrunn.

Patientin primipara; erste Geburt am 18. Juni 1899. Das Kind wurde mit der Zange extrahiert. Kurz nachher merkte Patientin, dass der Urin unwillkürlich abging, erst vollständig, dann nur teilweise.

Befund am 30. Oktober. Vordere Scheidenwand intakt; ein in die Urethra eingeführter Katheter erscheint im äusseren Muttermund, aus dem auch Urin abfliesst; Uterus liegt retroflektiert.

Diagnose: Fistula vesico-vaginalis.

Operation am 3. November. Nach Herunterziehung des Uterus durch 2 durch die Portio gelegte Seidenfäden, Querspaltung des vorderen Scheidengewölbes und Versuch, die Blase von der vorderen Cervixwand stumpf abzutrennen; an der Stelle der Fistel muss die Schere zu Hilfe genommen werden, und es gelingt so, die Fistelöffnung und die Oeffnung der Blase vollständig frei zu legen. Die Oeffnung zeigt ungefähr die Grösse einer kleinen Bohne, ebenso die Cervixöffnung.

Nachdem die Blasenwand noch weiter nach oben herauf etwa $^1/_2$ cm oder noch etwas mehr mobilisiert ist, werden die Ränder durch 6 Katgutnähte mit einander vereinigt. In die Blase eingespülte Flüssigkeit dringt nicht durch. Die Cervixöffnung wird durch 2 Katgutnähte geschlossen und dann das vordere Scheidengewölbe wieder vereinigt. Dauerkatheter wird eingelegt, aber schon am Abend wieder entfernt.

Am 11. November werden die Fäden entfernt.

Am 15. November. Patientin wird geheilt entlassen.

Jedem, der den Anfang dieser Arbeit gelesen und dort die Urteile so bedeutender Männer, wie Wutzer und Dieffenbach gehört hat, wird, nachdem er die 16 vorliegenden Fälle und ihre Resultate überblickt hat, der bedeutende Fortschritt auf diesem Gebiete auffallen. Ja, man könnte, wenn man nach den vorliegenden Fällen — es sind darunter sehr schwierige — urteilt, von einer Vervollkommnung des Operationsverfahrens reden, wie es auf vielen anderen Gebieten der Wissenschafft noch nicht erreicht wurde. Es sind ja von diesen Fällen alle bis auf einen geheilt und bei diesem einen spielen erschwerende Umstände mit. Als die betreffende Patientin hierherkam, war sie bereits 4 Mal operiert, was sicher nicht zum Vorteil der Fistelbildung hier dienlich war. Ausserdem scheint sie sich nicht in das so nötige ruhige Verhalten nach der Operation gefügt zu haben und ist zu früh, entgegen den Vorschriften, aufgestanden.

Hat sich nun auch die Methode der Operation als eine sehr vollkommene gezeigt, so müssen wir doch im Auge behalten, dass gerade hier wie bei den meisten anderen Operationen die Geschicklichkeit des Operateurs und dessen Erfahrung von ganz bedeutendem Einflusse auf den Erfolg ist.

Es könnte nun die Frage aufgeworfen werden, wie das Uebel am besten überhaupt zu verhüten sei. Man wird diese Frage dahin beantworten müssen, dass man, sobald unter der Geburt das Kind einen Druck auf die betreffenden Stellen ausübt, sofort diesen zu verlegen sucht, selbst wenn es gewaltsam geschehen muss; denn es lehrt ja die Erfahrung, dass ein einmaliger selbst sehr starker Druck nicht oder wenig schadet, während aber ein geringer Druck, wenn er lange anhält, die übelsten Folgen nach sich ziehen kann. Auch bei grösster Vorsicht werden sich aber in dieser Hinsicht immer wieder, wenn auch weniger häufig, Fälle dieses entsetzlichen Leidens zeigen und es ist daher um so freudiger zu begrüssen, dass die Prognose so günstig ist.

Zum Schluss möge es mir noch gestattet sein, die 5 Fälle von Mastdarmscheiden-Fisteln, die ebenfalls in der hiesigen Klinik operiert sind, zu veröffentlichen; im Anschluss daran will ich dann noch einiges über die Aetiologie, Therapie und Prognose sagen.

I. Fall.

Franziska E., 31 Jahre alt, Schuhmachersfrau aus Nechtelhausen.

Patientin hatte vor 3 Jahren zum letzten Male geboren; hierbei hatte sie einen schweren Dammriss bekommen, der nicht geheilt war. Seit 2 Jahren bemerkt Patientin, dass ihr Flatus und auch zuweilen etwas Kot aus der Scheide abgingen.

Am 30. April 1889. Operation des Dammrisses. Dieselbe besteht in Anfrischung und fortlaufender Katgutnaht des Dammes. Heilung per primam, jedoch im oberen Winkel ist eine kleine Mastdarmscheiden-Fistel aufzufinden, die sich trotz Aetzung mit Arg. nitr. nicht schliesst.

Operation am 13. Januar 1890 (nach Fritsch). Der Fistelrand wird ausgiebig angefrischt; vom hinteren Rande weg wird ein $1^1/_2$ cm langer und breiter Lappen gebildet und nach vorn über die Fistel weg mit fortlaufender Katgutnaht angenäht; darauf zuerst einige versenkte Nähte, dann mit demselben Faden oberflächliche Naht.

Am 15. Januar. Nach Karlsbader Salz zwei dünne Kotentleerungen, danach soll ein Flatus per vaginam abgegangen sein.

Befund am 17. Januar. An Stelle der Fistel ein kleiner kirschgrosser Trichter in der Vagina, der nach dem Rektum nur durch Rektalschleimhaut abgeschlossen erscheint. In letzterer ist mit Schwierigkeit eine kleine Fistel zu finden. Der ursprünglich nach vorn genähte Lappen hat sich so zurückgezogen und verkleinert, dass er nur noch angedeutet erscheint.

Am 18. Januar zweite Operation. Anfrischung und Abschaben der etwas eiternden Granulationen und der Wundränder; dann Vereinigung der Wundränder linear von hinten nach vorn.

In den ersten Tagen nach der Operation nur Flatus per vaginam, jedoch kein Fäces. Die Fistel ist bis auf eine kleine Oeffnung, die nur za. 2 mm tief zu gehen scheint, geschlossen. Die Nähte werden entfernt, die kleine Vertiefung mit Lapis geätzt. Von da ab Flatus auch nur per Rektum.

Am 31. Januar. Patientin wird geheilt entlassen.

II. Fall.

Anna H., 43 Jahre alt, Kaufmannsfrau aus Elberfeld.

Letzte Geburt im Jahre 1891. Geburtsverlauf war sehr protahiert, das Kind wurde mit der Zange extrahiert, dabei ein Dammriss, der sofort genäht wurde.

Am 6. Tage wurden die Nähte entfernt, der Damm sah sehr gut aus; am 19. Tage jedoch war der Damm an der Analöffnung wieder auseinander gerissen. Die Irrigationsflüssigkeit floss an dieser Stelle aus dem Darm in die Scheide ab. Der in den Anus eingeführte Finger fühlte die Kommunikationsöffnung etwa 1½ cm über dem Sphinkter, der intakt zu sein scheint. Die Patientin kann wohl festen, nicht aber dünnen Stuhl zurückhalten. Flatus gehen unwillkürlich ab.

Befund am 19. Januar 1892. Damm bis dicht über dem Anus gerissen. Rissflächen übernarbt, der Sphinkter noch erhalten. 2 cm oberhalb bezw. nach innen vom Anus eine vom Rektum in die Vagina führende, für Bleistift leicht durchgängige Fistel, gegen die Scheide zu mit kleinen hochroten Wülsten umgeben. Dünner Kot fliesst zuweilen nach der Scheide zu ab, mit Gasen vermischt. Es besteht demnach nur eine pappdeckeldünne Brücke quer über den Anus als einziger Rest des Dammes.

Befund am 20. Januar und Operation. Das zwischen Anus und Fistel erhaltene schmale Septum wird in einem nach unten konvexen Bogen umschnitten und mit dem Messer gespalten, dann über die Fistel nach oben fort ein Hautlappen präpariert. Die so geschaffene Wunde wird von links nach rechts mit fortlaufender, anfangs in 2 Etagen versenkter Katgutnaht vereinigt, nachdem vorher die Rektum-Fistel im Bereich der Anfrischung mit einem eigenen Katgutfaden übernäht wurde.

Befund am 31. Januar. Damm oben und unten geheilt, in der Mitte eine etwa 1 cm lange etwas klaffende Stelle, aus der etwas Kot mit Gasblasen austritt.

Befund am 4. Februar. Die Fistel resp. die in der Mitte des Dammes mündende Stelle verkleinert sich. Fäces und Flatus gehen nicht mehr unwillkürlich ab.

Am 14. Februar. Patientin kann als völlig geheilt entlassen werden.

III. Fall.

Anna O., 26 Jahre alt, Landwirtsfrau.

Die Patientin war am 13. Juni 1892 wegen kompletten Dammrisses operiert worden, dann mit einer za. griffeldicken Rektum-Scheidenfistel entlassen worden. Sie gibt an, dass häufig Stuhl und Flatus durch die Scheide abgehen.

Befund am 20. November 1892. Vom Rektum und der Scheide aus fühlt man eine für die Fingerspitze nicht durchgängige Kommunikation zwischen Rektum und Scheide.

Operation am 23. November. 2 kleine seitliche Einschnitte. Abpräparieren der Hautlappen nach vorn und hinten. Anfrischen der Fistelränder und Naht.

Befund am 7. Dezember. Nur ganz kleine Teile von dünnem Stuhl gehen durch die Scheide ab. Die Nähte werden entfernt; ausser einer kleinen kaum stecknadelkopfgrossen Oeffnung ist die Wunde geschlossen. Diese wird mit Arg. nitr. geätzt.

Am 10. Dezember wird Patientin geheilt entlassen.

IV. Fall.

Fräulein **F.** aus Aschaffenburg.

Patientin gibt an, dass sie schon von jeher Kotabgang aus der Scheide bemerkt habe.

Befund am 12. Juli 1894. Ein vom Vestibulum zum Rektum führender freier mit Epithel ausgekleideter Fistelgang. Sonst alles normal.

Am 15. Juli. Ausgiebige Darmspaltung etwa 6 cm in die Tiefe. Von der Darmwunde aus werden die nach der Tiefe der Scheide führenden Fistelgänge mit Katgut exakt vernäht, dann die Darmwand quer mit tiefen versenkten Katgut- und Silberdrahtnähten vereinigt. Am 5. Tage wich jedoch die ganze Darmwunde auseinander und war wiederholt mit Kot bedeckt, ohne dass man entscheiden konnte, ob eine Kommunikation mit der Dammwunde besteht.

Am 30. Juli. Sekundärnaht, Abkratzen der Granulation, Vereinigung des Mastdarms durch versenkte Katgutnähte, der Dammwunde durch Silberdraht.

Befund am 4. August. Die Wunde ist zuweilen mit Kot beschmutzt. Es findet sich an der sonst gut verheilten Wunde gegen die Kommissur posterior eine etwa bleistiftdicke Fistel; dicht über dem Sphinkter ani eine andere kleine. Der ganze Damm ist oberflächlich geheilt, scheint aber in der Tiefe vollkommen unterminiert zu sein.

Befund am 1. November. Der Damm erscheint jetzt gut vereinigt. Etwa $1^1/_2$ cm oberhalb des Anus befindet sich noch eine feine Fistelöffnung, durch die jedoch nur mit Mühe die feinsten Sonden in den untersten Teil des Rektums eingeführt werden können.

Operation am 3. November. Nachdem eine Sonde in die Fistel eingeführt ist, wird mit Messer und Schere der Fistelgang trichterförmig ausgeschnitten. Vereinigung der Wunde durch die Naht.

Befund am 11. November. Entfernung der Nähte. Fistel lässt sich nicht mehr nachweisen.

Am 15. November. Patientin wird geheilt entlassen.

V. Fall.

Therese R., 43 Jahre alt, Webersfrau aus Stadelschwarzech.

Seit 12 Jahren hat Patientin prolapsus uteri; derselbe durch Pessar geheilt; seit einiger Zeit merkt die Patientin, dass dünnflüssiger Stuhl aus der Scheide abgeht.

Befund am 15. Januar. Introitus und Vagina weit, am unteren Ende der oberen Scheidenwand, kurz oberhalb der hinteren Kommissur, zeigt sich eine etwa für einen Zeigefinger durchgängige, von weicher Schleimhaut eingefasste Perforationsöffnung, in den untersten Abschnitt des Rektums oberhalb des Sphinkter führend.

Operation am 22. Januar. Exzision eines ziemlich hoch heraufgehenden Lappens aus der hinteren Scheidenschleimhaut mit Umschneidung der Fistelöffnung. Die Fistel selbst wird durch eine Reihe von isolierten Katgutnähten für sich geschlossen und darauf die ganze Wunde durch fortlaufende Katgutnaht für sich vereinigt.

Am 29. Januar. Besichtigung der Wunde. Vaginal und rektal anscheinend in guter Heilung.

Am 5. Februar. Patientin wird geheilt entlassen.

Was nun die Aetiologie der Mastdarmscheiden-Fisteln anbetrifft, so können wir als die häufigste Ursache dieses Leidens auch wieder die Geburt bezeichnen, und zwar sind es hier grosse Dammrisse, die bis ans Septum rekto-vaginale gehen. Da die Wand zwischen Scheide und Mastdarm sehr dünn ist, so heilt sie schwer wieder zusammen, es bleiben hier und da kleine Oeffnungen bestehen und so haben wir die Fisteln. Wir haben hier die ersten 3 Fälle, wo es sich um solche nach Dammrissen entstandene Fisteln handelt. Die Dammrisse waren geheilt, aber doch waren kleine Kommunikationen zwischen Darm und Scheide zurückgeblieben.

Einen Fall haben wir aufzuweisen, wo infolge eines lange liegenden Pessars eine Fistel entstanden war. Das Pessar hatte infolge des langen Druckes die Weichteile zum Absterben gebracht und so eine Oeffnung zwischen Mastdarm und Scheide hervorgerufen.

Andere Fisteln verdanken wieder ihre Ursachen den bei der Geburt gebrauchten Instrumente, Fallen auf einen spitzen Gegenstand, brandigen endzündlichen Prozessen in der Scheiden-mastdarmwand, geschwürigen Prozessen, besonders Carcinom etc.

Die Diagnose ist wieder leicht. Die Patientinnen klagen über Abgang von Kot aus der Scheide, geben an, dass ihnen Flatus unwillkürlich aus der Scheide abgingen. Bei näherer Untersuchung entdeckt man dann mit dem Finger oder der Sonde eine Kommunikation zwischen Mastdarm und Scheide.

Die Therapie besteht bei ganz kleinen Fisteln zunächst wieder in Aetzung mit Arg. nitr.; diese Behandlung wird aber in den meisten Fällen nichts nutzen und man muss dann zur Operation schreiten.

Man kann auf dreierlei Weise operieren:

1) von der Scheide,
2) vom Damm,
3) vom Mastdarm aus.

Im allgemeinen ist bei allen tief sitzenden Fisteln zu empfehlen, vom Damm aus zu operieren und zwar in der Art, dass man den ganzen Damm in sagittaler Richtung spaltet und nun die Anfrischung und Naht in der Art wie bei den vollkommenen Dammrissen macht.

Bei der Operation von der Scheide aus haben wir die alten Grundsätze wie bei den Blasenscheiden-Fisteln zu befolgen:

1) gute Freilegung,
2) breite Anfrischung,
3) Vereinigung womöglich in querer Richtung mit Seide oder Katgut.

Da jedoch die Resultate sehr unbefriedigend waren, schlug Schauta vor, an der hinteren Scheidenwand gleich eine ausgedehnte Anfrischung zu machen wie bei einer Colporrhaphia posterior.

Fritsch übertrug auch auf diese Operation das Prinzip der Lappenbildung, indem er einen aus der hinteren Scheidenwand gebildeten Lappen über die natürlich vorher angefrischte Fistelöffnung deckte und zusammennähte. Wir haben einige Fälle nach dieser Methode operiert mit ausgezeichnetem Erfolge.

Bei einer tief sitzenden Fistel in einem Falle, den wir vorhin angegeben, suchten wir durch Spaltung des Dammes in querer Richtung an die Fistel zu kommen und die Oeffnung im Darm und in der Scheide für sich zu nähen; dann wurde die Dammwunde geschlossen. Nach der zweiten Operation trat Heilung ein.

Die Operation vom Mastdarm aus, wie sie von Simon und Emmet vorgeschlagen, ist jedenfalls nur in Ausnahmefällen nach sehr bedeutender Erweiterung und Freilegung desselben möglich; Ségond operierte eine Kranke, die eine grosse narbige Fistel im hinteren Scheidengewölbe hatte; er löste den ganzen unterhalb der Fistel liegenden Teil des Rektums aus seinen Verbindungen, zog den Darm nach Ablösung der Fistel herunter und trug ihn einfach bis zur Fistel ab. Die Scheiden-Fistel wurde vernäht, der Erfolg war vollkommen.

Die Prognose der Mastdarmscheiden-Fisteln ist ebenfalls eine günstige zu nennen, bei unseren 5 Fällen ist Heilung eingetreten. Es kommen neben den technischen Schwierigkeiten auch weitere Heilungshindernisse vor, welche den Erfolg auch in geübten Händen erschweren und Wiederholungen notwendig machen. Die schwere Zugänglichkeit, die Dünnwandigkeit des Septum rekto-vaginale, die wechselnde Füllung des Rektum und die Berührung mit den Kotmassen bilden allerlei nicht immer genau zu berechnende Faktoren, die den Erfolg doch nicht selten vereiteln.

Im allgemeinen können wir doch zum Schluss der Arbeit sagen, dass wir jetzt nicht mehr mit Schrecken an diese früher so gefürchteten Leiden, die die Frauen aus jeder Gesellschaft ausschlossen, zurückzublicken brauchen, wir können doch mit Recht sagen, dass in den meisten Fällen Heilung eintritt dank der Tüchtigkeit der Operateure und dem Fortschritt der Wissenschaft!

Zum Schluss erlaube ich mir, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Prof. Dr. Hofmeier für die gütige Ueberlassung und die freundliche Unterstützung bei Anfertigung dieser Arbeit meinen ehrerbietigsten Dank auszusprechen.

Literatur.

Operative Gynäkologie von Hegar.
Gynäkologie von Hofmeier.
Gynäkologie von Schröder.
Dissertation von F. Aurnhamme, Würzburg 1898.
Dissertation von Vogel, Greifswald 1897.
Dissertation von M. Borgmeyer, Greifswald 1896.